SUR UN CAS

DE

SYPHILIS MALIGNE

SUR UN CAS

DE

SYPHILIS MALIGNE



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 décembre 1907

PAR

Auguste BONNET

Né à Laragne (Hautes-Alpes), le 26 décembre 1884

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............ Doyen.
SARDA.................. Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologique	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. De ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	N...
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. RAUZIER, *président.*
GRASSET, *professeur.*
MM. VEDEL, *agrégé.*
GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MA FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A. BONNET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

A MES MAITRES

DES HOPITAUX DE NIMES

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A. BONNET.

AVANT-PROPOS

Obligé de terminer rapidement des études que nous aurions voulu plus longues, notre séjour à la Faculté et dans les hôpitaux a été bien bref. Nous n'en avons pas moins contracté une dette de reconnaissance envers tous ceux qui nous aidèrent à mener nos études à bonne fin ou qui contribuèrent à nous rendre plus agréable cette période de notre existence.

Durant notre période d'externat, nous n'avons eu qu'à nous louer de la bienveillance que nous ont témoignée MM. les professeurs Truc et Estor. Leur enseignement si clair, si pratique, restera gravé dans notre mémoire.

Pendant près d'une année, nous avons suivi les conférences d'internat de MM. les professeurs agrégés Gaussel, Jeanbrau et Riche. Nous n'oublierons jamais l'intérêt qu'ils ne cessèrent de nous témoigner, et nous leur offrons l'expression de notre vive gratitude. M. le professeur agrégé Gaussel s'est acquis un titre de plus à notre reconnaissance en nous facilitant la dernière étape de nos études. Nous l'en remercions vivement.

Interne des hôpitaux de Nimes, nous avons passé là

une année qui comptera parmi les meilleures de notre existence. Nous nous souviendrons toujours de toutes les marques d'intérêt que nous donnèrent MM. les Chefs de service.

Nous remercions tout particulièrement M. le docteur Suquet, qui a bien voulu nous aider par ses conseils et de nombreux documents pour la rédaction de notre modeste travail. MM. les docteurs Béchard, médecin principal, Mazel et Gilis, ont droit à toute notre reconnaissance. Nous n'emportons qu'un regret de notre stage dans leurs services, c'est que ce stage ait été si bref.

Nous sommes profondément reconnaissant à M. le professeur Rauzier, pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur Grasset, M. le professeur agrégé Vedel acceptent l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Pendant notre séjour à Montpellier, nous avons contracté des amitiés fortes que cinq ans d'études communes n'ont fait qu'affermir. Nous n'oublierons pas non plus la sympathie dont nous fûmes l'objet de la part de nos camarades d'internat des Hôpitaux de Nîmes. Au moment d'aborder la clientèle dont nous connaissons déjà les soucis et les difficultés, nous souhaitons pour nous réconforter de trouver des amitiés aussi fortes, aussi sincères, aussi loyales que celles que nous avons rencontrées durant tout le cours de nos études.

SUR UN CAS

DE

SYPHILIS MALIGNE

INTRODUCTION

Un cas très intéressant de syphilis grave que nous avons observé à l'hôpital de Nimes dans le service du docteur Suquet nous a fourni l'idée de ce modeste travail. Le malade qui fait le sujet de notre observation a passé près de dix mois à l'hôpital, dans le service des vénériens. Nous étions donc dans des conditions particulièrement favorables pour étudier ce cas curieux à plusieurs points de vue, pour suivre pas à pas l'évolution de la maladie et ses transformations heureuses sous l'influence du traitement. Nous avons eu aussi la bonne fortune de tomber sur un sujet intelligent, observateur, et qui a pu nous fournir avec précision des détails remontant déjà à quelques années et nous raconter sans rien omettre toute son histoire.

Aussi bien est-ce tout simplement cette histoire que nous voulons raconter à notre tour, en étudiant ensuite plus longuement les points les plus intéressants de cette

observation. C'est en quelque sorte une leçon clinique, bien modeste d'ailleurs, que nous avons voulu écrire. Certes, nous ne nous dissimulons pas combien notre travail est imparfait, et combien il s'éloigne des travaux de ce genre, puisqu'il ne roule que sur une seule observation. Le sujet était vaste, fécond en points de vue curieux, et il aurait été facile sans doute d'y découvrir plusieurs sujets de thèse. Il nous a semblé que, puisque nous avions pu suivre ce malade pendant près de dix mois, le mieux était de relater le cas tout au long et de mettre ensuite en valeur les parties qui présenteraient le plus d'intérêt.

Voici donc comment nous avons divisé notre travail : Le premier chapitre est consacré tout entier à l'observation de notre malade. On trouvera peut-être que cette observation est bien longue. On nous excusera en songeant qu'elle porte sur une période de plusieurs années qu'a duré la maladie.

Dans le chapitre II nous étudions les caractéristiques et l'étiologie générales de notre cas de syphilis et ensuite les causes et les caractères particuliers de la période tertiaire, toujours dans le cas qui nous occupe.

Le chapitre III traite de la symptomatologie qu'il nous a été donné d'observer, et discute quelques points particuliers de diagnostic différentiel.

Dans le chapitre IV nous verrons les indications du traitement, les méthodes, les médicaments employés et les résultats obtenus.

Enfin le cinquième chapitre comprend les conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Observation Personnelle

(Recueillie par nous dans le service du Dr Suquet, à hôpital Ruffi, à Nîmes)

Antoine C..., comptable, âgé de 44 ans, entré à l'hôpital Ruffi (Nîmes), le 15 novembre 1906, pour des lésions graves de syphilis tertiaire.

Les antécédents héréditaires de ce malade ne présentent rien de partieulier qui ait pu influer d'une façon quelconque sur l'évolution de la maladie. Les parents étaient d'une constitution robuste. Il nous a été impossible de connaître de quelle affection ils étaient morts.

Les antécédents personnels sont plus intéressants. Jouissant d'une bonne santé habituelle, cet homme habitait Madagascar depuis 1889, dans une des parties les plus malsaines de l'île, lorsqu'en 1895 il contracta le paludisme. Il eut à ce moment des accès de fièvre intermittente qui reviennent de temps à autre, de la mélanodermie, et un degré assez prononcé de splénomégalie. Depuis son retour en France le malade est devenu plus sobre, mais il est certain (il nous l'a avoué lui-même) qu'il buvait beaucoup autrefois. Notons, en outre, qu'Antoine C... est un grand fumeur. Donc paludisme, un certain degré d'intoxication

par l'alcool et le tabac, résidence dans un pays chaud : c'est déjà presque suffisant, nous semble-t-il, pour constituer des conditions éminemment favorables à réaliser une syphilis particulièrement maligne.

C'est sur ce terrain ainsi préparé que vint se greffer la syphilis en 1902, et ce fut une femme malgache qui contamina notre malade. L'infection débuta par un chancre induré minuscule siégeant dans le sillon balano-préputial. Ce chancre, d'après Antoine C..., ne dura que quelques jours, car il fut cautérisé au nitrate d'argent. Nous n'avons pu savoir s'il y eut en même temps un bubon. En tout cas, s'il y en eut un, il fut de bien minime importance, puisque notre malade ne l'a pas remarqué ou ne s'en souvient pas. Quelques douleurs articulaires sur lesquelles nous avons peu de renseignements survinrent ensuite ; elles siégeaient aux articulations des membres et ne présentaient nullement une exacerbation vespérale. Notre homme ne s'en préoccupa pas outre mesure, et continua à vivre dans une douce quiétude, ignorant même qu'il eût la syphilis. Deux mois et demi environ après le chancre survint une roséole discrète et disséminée qui n'a pas laissé de traces. Ajoutons quelques plaques muqueuses dans la bouche, mais pas de céphalée vespérale, pas de chute de cheveux.

Le malade apprit à ce moment la vérité sur sa maladie, mais les accidents secondaires que nous venons d'énumérer furent si bénins qu'ils n'incitèrent jamais le sujet à se soigner d'une façon méthodique et suffisante.

Le traitement se borna en effet à l'ingestion de deux cuillerées à soupe par jour de liqueur de Van Swieten, et ne fut suivi que pendant un mois. Au total, le malade prit un litre de cette solution.

Pendant le mois suivant, il absorba régulièrement de l'iodure de potassium à doses progressives allant jusqu'à

6 grammes par jour. Ce fut tout. La roséole pâlit et disparut, ainsi que les plaques muqueuses. L'état général se maintenait bon. Notre homme se crut guéri et dès lors il se contenta de prendre périodiquement de l'iodure et de se purger de temps à autre.

Environ un an et demi après le chancre survinrent des accidents tertiaires très graves qui se manifestèrent au nez, au voile du palais et sur la peau de la face. Au nez ce fut d'abord comme un coryza rebelle, que le malade ne soigna pas, car il en ignorait la cause même et se croyait atteint d'une affection banale et passagère. Cependant le nez coulait toujours, et bientôt la sécrétion devint plus épaisse, jaunâtre, fétide, contenant parfois de petits os et des croûtes. Peu à peu, en l'absence de tout traitement, le nez s'est affaissé en haut, surtout à gauche, et en bas la sous-cloison s'étant peu à peu détruite, les narines n'ont plus formé qu'un orifice large et béant.

A la même époque, le malade s'aperçut qu'il éprouvait une certaine difficulté à aspirer la fumée de sa cigarette, et que la fumée ressortait par le nez malgré lui. Il vit alors sur le voile palatin plusieurs trous qui se sont rejoints et ont fini par détruire complètement la luette et une bonne partie du voile du palais. La voix est devenue nasonnée depuis cette époque ; la déglutition est imparfaite, les aliments refluent dans les fosses nasales, surtout les aliments liquides. L'effondrement du nez et la perforation du voile du palais sont survenus sans douleur, sans phénomènes généraux notables, puisque le sujet assez intelligent et s'observant très bien a ignoré leur évolution et ne s'est rendu compte de ces accidents qu'au moment où ils ont constitué des mutilations irréparables.

Enfin en même temps que ces lésions du nez et du

voile palatin apparurent à la face et surtout du côté gauche des lésions cutanées nettement ulcéreuses qui se recouvrirent de croûtes blanchâtres, jaunâtres ou verdâtres par places. Ces lésions croûteuses ont suivi des alternatives nombreuses, tantôt s'aggravant, tantôt se désséchant pour s'améliorer ; mais jamais elles n'ont disparu entièrement, ce qui s'explique, étant donné que le traitement employé fut notoirement insuffisant. Ce traitement consista, en effet, en ingestion de liqueur de Van Swieten prise à la dose d'une cuillerée à bouche pendant un mois, et en pilules de protoiodure de mercure. Solution et pilules maintinrent le malade dans un état semi-satisfaisant, mais ne réussirent pas à amener une guérison complète.

Les années 1904 et 1905 marquent une période d'accalmie pendant laquelle Antoine C... se soigna lui-même plus ou moins bien et sans doute plutôt mal que bien. L'état général se maintenant bon, il ne jugea pas à propos d'instituer un traitement plus rigoureux. Mais au mois d'avril ou mai de l'année 1906 il contracta une angine qui motiva son admission à l'hôpital de Tamatave. Il éprouvait simplement de la dysphagie douloureuse. On porta le diagnostic d'angine syphilitique, et le traitement mercuriel fut aussitôt institué. Il consista en pilules de protoiodure qui cette fois encore n'amenèrent aucune amélioration notable, puis, devant cet échec, en injections huileuses de biiodure de mercure (une injection tous les trois ou quatre jours) qui soulagèrent promptement les douleurs de la déglutition, guérirent tout à fait l'angine et améliorèrent beaucoup les lésions de la face.

Vers le mois de septembre 1906, Antoine C... fut renvoyé de la place qu'il occupait dans l'administration des chemins de fer et rapatrié. La traversée fut particulière-

ment pénible, et, le changement de climat aidant peut-être, la syphilis fit de nouveaux progrès. Arrivé en France, le malade entra à l'hôpital de Belley, son pays natal. Il n'y resta que trois jours, se disant fort mal soigné dans une salle de médecine générale (il n'y avait pas de service spécial pour les vénériens) où on s'occupait peu de lui. C'est alors qu'il commença une vie de pérégrinations pour tâcher d'être admis dans un hôpital. Successivement il se vit refuser à Grenoble, à Romans, à Valence, à Montélimar, à Avignon.

Dans chacune de ces villes on se contentait de lui donner quelques pilules qui n'agissaient pas et un secours de route pour gagner l'hôpital voisin. Enfin, le 15 novembre, le malade arriva à Nimes dans un état lamentable. Les lésions de la face avaient repris avec une nouvelle intensité et l'état général était si bas que l'interne de garde le fit entrer d'urgence à la salle des vénériens.

Soumis de suite à un traitement mercuriel méthodique, l'état local et général s'est rapidement amélioré (injections quotidiennes d'un centimètre cube de solution de benzoate de mercure) ; les forces sont revenues, les lésions de la face commençaient à se déterger, et on pouvait prévoir une guérison prochaine lorsque brusquement et en plein traitement s'est produit une nouvelle poussée aiguë. C'est à ce moment que nous avons pu interroger et examiner à fond notre sujet. D'une intelligence assez vive, d'une mémoire très sûre, il nous a fourni tous les détails qui précèdent avec une grande précision, puisqu'il se souvient même des dates saillantes de sa maladie et des divers traitements qui lui furent appliqués. Voyons maintenant quels furent les résultats de l'examen auquel nous nous sommes livré, au début de février 1907.

Etat actuel (9 février 1907). — Les lésions de syphilis

tertiaire que nous avons constatées chez notre sujet affectent plusieurs points de l'organisme. Ce sont d'abord les lésions directement visibles du nez, de la face, du voile palatin. Ce sont en outre des lésions de divers organes qu'un examen attentif et minutieux nous a fait découvrir.

Sur le front et la joue gauche se voient des croûtes épaisses, comme enchâssées dans la peau, de couleur jaune-verdâtre, noirâtre par endroits, à surface irrégulière. En somme, elles représentent bien la forme en écaille d'huître des syphilides tertiaires si bien décrites par le professeur Fournier. Leur ensemble affecte une disposition irrégulière, mais à la périphérie toutefois leur contour offre une disposition assez nettement circinée et polycyclique. Les lésions sont à divers stades de leur évolution ; tandis que les unes sont encore recouvertes de croûtes épaisses, les autres commencent à blanchir et à se dessécher. Si on soulève les croûtes, on s'aperçoit qu'elles recouvrent des ulcérations nettes de dimensions variables, à bords taillés à pic et adhérents. Le fond de ces ulcérations est rouge, suintant, tantôt puriforme, tantôt bourgeonnant aux endroits où s'ébauche le processus de cicatrisation. Elles ne sont d'ailleurs pas douloureuses et ne paraissent pas entrer pour beaucoup dans l'état de faiblesse et de cachexie où se trouve le malade.

L'examen de la bouche révèle une destruction étendue du voile du palais. La syphilis a fait ici des ravages énormes : la luette a complètement disparu, et une bonne partie du voile palatin en a fait autant. Son bord libre est constitué par une limite fortement concave, ogivale même, et dont le sommet s'avance presque jusqu'au niveau du bord adhérent du voile. D'ailleurs cette destruction est à l'heure actuelle irrémédiable ; le bord libre

est constitué par du tissu cicatriciel nullement douloureux. Les dents de la demi-mâchoire gauche ont complètement disparu une à une depuis le début des accidents tertiaires. Les dents qui restent sont branlantes. Comme conséquence de ces mutilations, des troubles fonctionnels très gênants se sont produits. C'est le nasonnement classique de la voix avec en plus le souffle nasal en écho tandis que le malade parle. La parole est brève, pénible, entrecoupée de pauses pour permettre de fréquentes inspirations. Les consonnes *b* et *p* sont particulièrement mal prononcées. Il y a encore le reflux des aliments, surtout des liquides, dans les fosses nasales, et ce n'est qu'au prix de grands efforts que le malade parvient à atténuer ces inconvénients.

Le nez a également subi une véritable mutilation. En haut, à la racine et surtout du côté gauche, les os propres, en s'éliminant peu à peu, ont créé un affaissement du nez qui semble écrasé par un coup de marteau. En bas, la sous-cloison a été entièrement détruite, et les deux narines ne forment plus qu'un orifice large et béant par où continuent, de temps à autre, à s'éliminer des croûtes noirâtres à odeur fétide. Le cartilage de l'aile gauche du nez a été également touché et présente une forte encoche triangulaire à sommet dirigé en haut.

Telles sont les lésions indiscutables de syphilis tertiaire que nous avons observées directement. En outre, le malade a présenté des troubles viscéraux divers dont les uns doivent être sans doute rattachés à l'impaludisme, et dont les autres sont certainement sous la dépendance de la syphilis. Nous allons donc passer en revue les divers appareils, décrire leurs lésions, et les troubles fonctionnels qui résultent de leur atteinte.

Organes abdominaux. — La rate est tuméfiée et douloureuse à la pression. Elle est très augmentée de volume; elle descend jusqu'à une ligne horizontale avoisinant l'ombilic ; il existe une douleur sourde, intermittente dans le flanc gauche.

Le foie est également augmenté de volume, mais, au contraire de la rate, il n'est pas douloureux. La palpation superficielle de la région épigastrique éveille une douleur assez vive, mais la palpation profonde ne dénote rien de particulier. Comme troubles fonctionnels nous trouvons une anorexie marquée, un dégoût de la viande et des matières grasses. Les digestions sont pénibles ; il y a eu quelquefois des vomissements alimentaires. Quant aux selles, elles sont normales.

Système circulatoire. — L'auscultation du cœur révèle un retentissement un peu exagéré du deuxième bruit. Il semble y avoir un certain degré d'hypertension. Le pouls est bien frappé, régulier et plutôt lent (60-65 à la minute). Le malade est facilement essoufflé.

Système nerveux. — Il n'y a rien de particulier à signaler. La syphilis tertiaire qui s'est manifestée à tant d'autres organes a complètement respecté le cerveau, la moelle et les nerfs. La mémoire et l'intelligence sont bonnes ; la motilité, la sensibilité et l'état des réflexes restent normaux.

Appareil respiratoire. — Du côté de l'appareil respiratoire le malade a présenté des troubles et des lésions variées. Au moment où nous avons examiné notre sujet, la toux était fréquente et pénible, surtout la nuit. En même temps l'expectoration était abondante, jaunâtre et visqueuse. De temps à autre on apercevait quelques stries

sanglantes dans le crachoir. La respiration est parfois un peu gênée, mais il n'y a pas eu de dyspnée bien marquée. Tels sont les troubles fonctionnels que nous avons notés.

Voyons les signes physiques :

L'inspection du thorax ne dénote rien de particulier.

La percussion révèle de la matité en arrière, au niveau du milieu du poumon droit, et près de la colonne vertébrale. En avant, la sonorité est légèrement augmentée à gauche. Le reste de la poitrine est normal.

A la palpation, les vibrations apparaissent comme exagérées au niveau du point mat en arrière et à droite, et en avant au sommet droit on trouve également des vibrations plus fortes. C'est tout ce que donne la palpation.

L'auscultation nous donne des renseignements plus nombreux. D'abord les sommets sont indemnes ou peu s'en faut ; un peu de rudesse peut-être et c'est tout. Les bases sont légèrement obscures. A la partie moyenne du poumon droit, près de la colonne vertébrale, la respiration est rude, l'expiration nettement soufflante ; par moments, on entend des craquements humides très marqués.

Il semblerait en somme que l'on a affaire à une lésion tuberculeuse en voie de ramollissement. L'examen bactérioscopique des crachats a été pratiqué une fois par M. Cabanis, pharmacien de l'hôpital, et deux fois par nous-même. Malgré nos recherches minutieuses il nous a été impossible de découvrir le moindre bacille de Koch. Le 11 février, après trois jours d'expectoration un peu plus abondante que de coutume, est apparu un souffle cavitaire, rude, intense, s'entendant aux deux temps, à droite et en arrière dans la partie moyenne, précisément en ce point qui présentait précédemment de la matité, de l'expiration soufflante et des craquements humides. Outre ce souffle on entend encore quelques gargouillements, et il

existe de la pectoriloquie aphone. La suite de l'observation nous montrera quelle fut l'évolution des lésions pulmonaires que nous avons trouvées le 9 et le 11 février. Auparavant, continuons l'examen des organes.

Appareil urinaire. — Le système rénal a été particulièment touché chez notre malade. Avant la date de cette observation nous ne savons qu'une chose, c'est que les urines étaient pâles et abondantes, mais elles ne contenaient pas d'albumine. Deux analyses ont été faites en effet en novembre et décembre 1906 et n'ont décélé aucun élément anormal. Une nouvelle analyse a été faite au mois de février 1907 ; elle a décélé une quantité d'albumine égale à 1 gr. 50 par litre. A ce moment-là les autres éléments de l'urine étaient à peu près normaux, mais l'urine était augmentée comme quantité quotidienne. Outre cette polyurie, il y avait encore pollakiurie. Nous n'avons pas trouvé des signes de petit brightisme. Enfin comme autres symptômes de néphrite il y avait un peu d'hypertension au cœur, de l'œdème fugace des malléoles de temps à autre. Nous verrons par la suite quelle fut l'évolution de cette néphrite, si néphrite il y eut.

Système lymphatique. — Le système lymphatique est indemne. Nulle part nous n'avons trouvé d'adénopathies, et il ne reste aucune trace des engorgements ganglionnaires qui ont pu se produire lors de la période secondaire.

Etat général. — Ainsi affecté de toutes ces lésions diverses de syphilis survenue chez un paludéen alcoolique, notre malade ne devait pas présenter un état général brillant. L'état général est en effet mauvais et presque cachectique. Nous avons vu que l'appétit était presque nul, les digestions pénibles. Le sommeil était en outre mauvais.

entrecoupé de réveils en sursaut et peuplé de cauchemars. Survint l'albuminurie qui obligea le malade à suivre un régime fatalement débilitant quoique mal suivi, et qui aggrava encore l'état de faiblesse et de cachexie vers lequel il s'acheminait.

Tel était l'état du malade au moment où nous l'avons examiné complètement. Son teint terreux, sa respiration pénible, un peu de fièvre pendant quelques jours, l'absence de forces et l'état de cachexie et d'anémie où il se trouvait, tout semblait nous faire présager une issue fatale, et une autopsie intéressante au plus haut point. Il n'en fut rien, et le traitement mercuriel tout puissant finit par améliorer considérablement notre sujet, sinon le guérir complètement. Quel fut donc ce traitement?

Le traitement a consisté dès le début en injections profondes de deux centigrammes de benzoate de mercure par jour. Le traitement était suivi régulièrement pendant vingt jours, auxquels faisaient suite dix jours de repos. Nous avons pratiqué ainsi trois séries d'injections, suivies chacune d'un repos de dix jours. L'iodure de potassium était également prescrit entre temps. A plusieurs reprises nous avons ainsi essayé l'iodure à doses progressivement croissantes. Le médicament était très mal supporté, et non seulement il n'amenait aucune amélioration, mais encore il semblait aggraver les lésions cutanées de la face. A chaque prise d'iodure, on notait en effet une poussée aiguë qui se manifestait par l'extension du processus ulcéreux. C'est en vain que, pour arriver à vaincre la susceptibilité du malade, nous avons essayé les succédanés de l'iodure les plus divers. Aucun n'a donné de résultat et tous ont plutôt aggravé les syphilides du visage. Force donc nous a été de nous contenter du mercure seul au point de vue du traitement général. Le traitement local des divers appareils

n'a pas été négligé. Des gargarismes au chlorate de potasse très fréquents ont été prescrits, ainsi que des pansements humides antiseptiques pour favoriser la détersion des croûtes. Du côté de l'appareil respiratoire nous avons ordonné de la codéine pour calmer la toux, sans aucun succès d'ailleurs. L'état général n'a pas bénéficié beaucoup de toniques tels que le quinquina. Enfin, quand est apparue l'albuminurie, le malade a été mis au régime lacté, mais l'état de faiblesse était tel que nous avons dû fréquemment faire des concessions, et en somme on peut dire que le régime n'a pas été suivi assez longtemps et d'une façon assez méthodique pour que nous ayons pu lui attribuer le mieux qui s'est produit.

Tel a été le traitement employé jusqu'au moment où une aggravation brusque s'est produite à nouveau en pleine période de mercurialisation. Persuadé que la syphilis était en cause plus que jamais, nous avons continué le traitement mercuriel, tout en soignant les symptômes à côté par une médication appropriée. Voyons maintenant quels furent les résultats et la suite de l'évolution morbide chez notre sujet.

13 février 1907. — A cette date et sous l'influence d'un traitement méthodique, nous avons observé une amélioration notable des lésions ulcéreuses de la face. Au front, la dessiccation complète est presque obtenue. A la joue, les syphilides sont également en bonne voie de guérison. L'expectoration est moins abondante, mais la toux persiste fréquente et pénible. Quant au souffle cavitaire il a beaucoup varié depuis ces quelques jours. Tantôt faible, tantôt plus fort, accompagné parfois de gargouillements, il montre maintenant une tendance nette à décroître. Du côté des reins l'albumine persiste et augmente dans des proportions relativement grandes. C'est ainsi qu'à ce moment

nous avons trouvé 3 grammes par litre à l'abuminimètre d'Esbach.

18 février. — L'amélioration s'accentue du côté des poumons et de la face. En revanche l'albuminurie croît toujours. Elle a monté de 3 gr. à 4 gr. 50 par litre.

25 février. — On continue le traitement indiqué plus haut de 20 injections de mercure suivies de 10 jours de repos. Le souffle cavitaire a complètement disparu. A peine perçoit-on encore quelques râles à la partie moyenne du poumon droit. La toux a disparu presque entièrement. La face se déterge peu à peu. Les urines ont toujours une apparence albumineuse. La polyurie et la pollakiurie persistent, et parfois il y a un œdème fugace des malléoles. A cette date nous avons fait faire une analyse complète des urines. En voici le résultat :

Analyse complète d'urines (25 février 1901)

Quantité émise en 24 heures.......	1850 gr.	
Couleur	pâle	
Dépôt	peu abondant	
Réaction.........................	faiblement acide	
Densité..........................	1 gr. 020	
Urée	9 gr. par litre	
Acide urique.....................	0 gr. 30	—
Acide phosphorique	4 gr. 50	—
Chlorures........................	12 gr.	—
Albumine.........................	5 gr.	—
Sucre............................	néant	
Eléments de la bile..............	néant	

Nous avons donc une quantité d'urines supérieure à la normale, contenant une forte quantité d'albumine, et une quantité d'urée très inférieure à celle éliminée chez l'homme sain. Il y avait donc là des symptômes nets d'un

trouble fonctionnel des reins, lequel trouble pouvait se rattacher à des causes diverses : syphilis, paludisme, peut-être aussi traitement mercuriel. Nous essayâmes alors les pilules de tannate de mercure qui passent pour ne pas produire ou augmenter l'albuminurie. Immédiatement l'amélioration progressive s'arrêta, et de plus une gingivite se déclara faisant craindre sous peu la disparition des quelques dents qui restaient.

Devant cet accident, et pensant aussi que le traitement était pour quelque chose dans l'albuminurie toujours croissante, nous fûmes obligé de suspendre tout traitement par le mercure. Nous allons voir quel fut le résultat de cette expectative de vingt jours, par l'analyse ci-contre, faite le 15 mars.

Analyse complète d'urines (15 mars)

Quantité émise en 24 heures.......	1800 gr.	
Couleur..........................	pâle	
Dépôt............................	peu abondant	
Réaction.........................	faiblement acide	
Densité..........................	1.02	
Urée.............................	11 gr. 50 par litre	
Albumine.........................	13 gr.	—
Chlorures........................	10 gr.	—
Acide urique.....................	0 gr. 40	—
Acide phosphorique...............	1 gr. 50	—
Eléments de la bile..............	néant	—
Sucre............................	—	—
Pus..............................	—	—
Sang.............................	—	—

Ainsi la suppression du mercure, loin d'améliorer la situation, a eu pour conséquence une augmentation énorme de l'albuminurie.

Nous avons donc repris le traitement mercuriel sous forme de biiodure cacodylé dont on faisait chaque jour une injection contenant 5 milligrammes de biiodure de mercure. Le régime lacté n'étant pas toléré, nous avons dû y renoncer. Malgré cela l'amélioration ne s'est pas fait attendre du côté du système rénal. L'état général continue à s'améliorer.

18 mars. — L'albuminurie est actuellement de 10 gr. par litre. Le mieux général s'accentue, les forces reviennent et le malade commence à reprendre appétit. On ne trouve plus rien à l'auscultation des poumons. Les lésions de la face, restées stationnaires pendant le traitement par les pilules de tannate de mercure et le repos consécutif, recommencent à aller bien mieux. Le front est presque complètement détergé, et à la place des anciennes ulcérations est apparu un épiderme nouveau de couleur rosée.

22 mars. — L'albuminurie n'est plus que de 5 grammes par litre. La joue gauche commence à être débarrassée de ses croûtes. La cicatrisation se poursuit rapidement.

27 mars. — Les croûtes ont complètement disparu. Toutes les parties sont maintenant cicatrisées, et, le teint du sujet étant redevenu normal, les cicatrices rouges ne tranchent plus comme avant sur un fond terreux.

L'albuminurie n'est plus que de 4 grammes par litre. En somme l'amélioration est manifeste sur tous les points. Seul, le nez continue à couler de temps à autre. Appétit et sommeil bons.

3 avril. — Le malade va de mieux en mieux. Il peut maintenant se promener longuement sans fatigue. L'appétit est excellent et les digestions parfaites. Le nez coule rarement. Voici l'analyse d'urines faites à cette date :

Quantité émise en 24 heures.......	1700 gr.
Couleur..........................	pâle
Dépôt............................	peu abondant
Urée.............................	13 gr. 50 par litre
Albumine.........................	2 gr. 50 —
Acides...........................	normaux
Sels.............................	—
Eléments de la bile..............	néant
Sucre............................	—

L'amélioration est donc manifeste au point de vue rénal comme dans tout le reste de l'organisme. A partir de ce moment, la guérison s'accentuant chaque jour, nous n'avons plus examiné le malade qu'à de longs intervalles. Toutefois, nous avons examiné de temps à autre à l'albuminimètre d'Esbach l'urine du malade, pour nous tenir au courant de l'évolution de l'albuminurie qui n'a pas cessé de décroître.

1er mai. — Les injections de benzoate de mercure sont continuées méthodiquement. L'état général est parfait et le malade est tout heureux de cette guérison qu'il n'espérait plus. Le nez ne coule plus du tout, mais reste affaissé naturellement. L'albuminurie n'est plus que de 2 gr. par litre.

Juin. — Albuminurie, 1 gr. 50 centigr. par litre. L'état général se maintient excellent.

Juillet. — Albuminurie, 1 gr. 20. — Urée, 16 gr. par litre.

Août.— Albuminurie, 0 gr. 50 par litre.—Une analyse pratiquée un peu avant la sortie du malade montre que les autres éléments de l'urine sont normaux par rapport à la quantité quotidienne d'urine qui reste un peu supérieure à la moyenne.

Le malade, entré dans le service le 15 novembre 1906, en sort le 28 août 1907, dans l'état suivant :

Syphilides faciales entièrement cicatrisées. Rien aux poumons. Plus de douleur splénique. Albumine 0 gr. 50 par litre. Lésions nasales et buccales cicatrisées. Etat général excellent.

CHAPITRE II

Le cas de syphilis qui fait le sujet de l'observation relatée ci-dessus est remarquable par plusieurs côtés, et présente des caractèristiques intéressantes. Certes, toute syphilis qui aboutit au tertiarisme comporte un élément indiscutable de gravité, mais dans le cas qui nous occupe nous trouvons des manifestations particulièrement malignes. La maladie, après un début bénin, a rapidement envahi plusieurs parties de l'organisme, effondrant le nez, rongeant la sous-cloison, perforant le voile du palais et détruisant la luette, réalisant des syphilides cutanées sur toute la face, intéressant plusieurs viscères sans doute, jusqu'à amener le malade dans un état de faiblesse voisin de la cachexie.

Cette malignité qui s'est manifestée dès le début de la période tertiaire par un polymorphisme très net, puisqu'elle a affecté simultanément le nez, la bouche, et la face, nous le retrouvons encore quand le malade est entré à l'hôpital. Malgré tous les efforts de la thérapeutique, malgré que le malheureux fut comme saturé de mercure, nous l'avons vu affecté de poussées multiples, sortant de l'une pour tomber dans l'autre, et réalisant presque cette forme terrible de la syphilis dite à jet continu, dans laquelle le

génie morbide semble n'arriver jamais à épuiser sa virulence. Donc malignité, polymorphisme, poussées multiples et ajoutons encore ténacité incroyable au traitement puisqu'il a fallu presque un an d'efforts pour arriver à juguler l'infection.

Etudions maintenant les causes qui ont pu produire une telle diversité de manifestations malignes.

Elles sont nombreuses et elles tiennent pour la plus grande part au terrain sur lequel s'est développé la maladie. Sans doute aussi nous pouvons faire entrer dans l'étiologie des causes relevant du génie morbide, de l'essence propre de l'affection, c'est-à-dire imputables à la maladie exclusivement.

Et tout d'abord, le terrain. Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, et d'ailleurs le malade ne nous a donné que bien peu de renseignements à ce sujet. Nous les laisserons donc complètement de côté. Au reste les antécédents personnels sont assez nombreux et assez importants par eux-mêmes pour justifier en quelque sorte cette manière d'envisager la question. Quels sont donc ces antécédents personnels ? Il y en a trois principaux.

D'abord le malade est certainement alcoolique. Etant à Madagascar il absorbait une quantité de vin qu'il ne précise pas, mais qui était grande d'après son aveu. En outre il ne dédaignait pas l'alcool sous toute ses formes, notamment l'absinthe, qu'il prenait plusieurs fois par jour. On sait quelles funestes conséquences peut avoir l'alcool dans les pays chauds où des doses relativement faibles du poison produisent rapidement des désordres graves, aigus ou latents.

Déjà Ricord en 1863 dit : « L'observation démontre ce que produit l'abus des boissons alcooliques dans les temps

chauds surtout ». Cette intoxication chronique par l'alcool est une des influences dépressives qui réalise le mieux l'état de moindre résistance de l'individu, l'état d'infériorité de l'organisme vis-à-vis de la maladie. Cette influence prédisposante de l'alcool qui augmente la réceptivité pour toutes sortes de maladies est encore vraie pour la syphilis qu'elle aggrave nettement. Boerhave disait que : « les excès de vins et de liqueurs sont contraires aux vérolés ». Les excès alcooliques sont en effet contraires aux syphilitiques, et cela dans toutes les périodes, mais certainement ils constituent une influence provocatrice de premier ordre pour diriger la syphilis dans la voie du tertiarisme. L'alcool est un des facteurs les plus importants pour réaliser des syphilis tertiaires particulièrement précoces ; c'est là un fait reconnu et prouvé par nombre d'observations.

Enfin, l'alcoolisme sert parfois d'origine à l'une des pires formes de la syphilis, la forme dite à jet continu qui se manifeste par des poussées multiples entrecoupées de courtes accalmies ; et c'est presque une forme semblable qu'a réalisée notre malade.

Antoine C... était en outre un grand fumeur. Tout le monde connaît l'influence nocive du tabac sur les lésions syphilitiques de la bouche. Mais outre cette influence locale, l'intoxication tabagique est certainement au point de vue général un des facteurs de moindre résistance de l'organisme. Cette influence dépressive est du reste peu connue, et peut-être serait-elle presque négligeable si elle était seule ; mais elle s'allie dans notre cas à celle de l'alcool, et cette alliance de deux ennemis du système artériel peut bien créer par ses propriétés sclérosantes un état de sénilité précoce, ou ce qui revient au même de « minoris resistantiæ.

Enfin, notre malade était un paludéen, et c'est là peut-être la grande cause qui a préparé le terrain à la gravité de la maladie. C'est en 1895 qu'il ressentit les premières atteintes du paludisme, et il en a toujours gardé depuis un teint mélanodermique, des accès de fièvre de loin en loin, un gros foie et une grosse rate. L'influence du paludisme lorsqu'elle vient s'adjoindre à la syphilis est encore plus nocive que celle de l'alcool, dit Fournier. C'est là un fait incontestable, reconnu par tous les médecins qui ont séjourné aux colonies, et qui ont pu voir de près la triste alliance que formaient les deux infections. C'est à cette alliance qu'est due la fameuse renommée des syphilis exotiques que l'on voit affecter si cruellement les malheureux coloniaux qui en sont victimes.

Mais cette influence néfaste, si bien reconnue et attestée par de nombreuses observations est mal connue quant à son mécanisme intime. On sait que la syphilis compliquée d'infection palustre aboutit fréquemment au tertiarisme, et au tertiarisme sérieux, même grave, même parfois mortel.

C'est ainsi que Fournier a vu 37 syphilitiques paludéens sur 59 aboutir à la période tertiaire à formes graves, extensives, ulcéreuses, phagédéniques. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point que le paludisme constitue une prédisposition fâcheuse. « Tout accès intermittent, tout engorgement chronique de la rate, dûe à la malaria, crée une prédisposition des plus redoutables », dit Jullien dans son traité pratique des maladies vénériennes, mais, ajoute-il, notre ignorance sur ce point est à peu près complète. Mauriac constate également la nocivité toute particulière de la syphilis quand elle évolue sur un terrain paludéen, mais il dit encore que « *nos connaissances sont nulles ou très bornées sur le conflit de la syphilis avec le palu-*

disme ». Ainsi la pathogénie reste obscure. Sans doute, il n'est pas étonnant que le paludisme qui crée un état de faiblesse parfois cachectique puisse inférioriser le malade par rapport à la syphilis. L'alcool agit de même, mais on connaît mieux pour lui son mode d'action.

C'est ainsi qu'il est un des facteurs les plus puissants pour localiser la vérole sur le système nerveux parce qu'il est lui-même un des agents les plus nocifs pour l'axe cérébro-spinal. Pourquoi le paludisme prédispose-t-il particulièrement aux formes sévères de la syphilis ? C'est une question qui n'est pas résolue à l'heure actuelle et que résoudront peut-être les nouvelles recherches bactériologiques. Comment le paludisme amoindrit-il la résistance vitale ? On l'ignore encore, mais ne serait-il pas permis de supposer, puisque syphilis et padulisme sont deux infections anémiantes au premier chef, que cette alliance funeste de deux anémies surajoutées soit la grande cause qui asthénie l'organisme et qui ouvre la carrière aux imminences morbides.

Notre malade, alcoolique et paludéen, réalisait donc des conditions éminemment favorables à l'éclosion d'une syphilis maligne. Et de plus il habitait la côte orientale à Madagascar, région basse, marécageuse et particulièrement malsaine. Pas plus que les climats froids, les climats chauds sont favorables à la vérole qui n'aime que les régions tempérées. Peut-être aussi l'hygiène laisse fréquemment à désirer dans ces pays. Et si nous ajoutons que notre sujet était comptable dans une administration, qu'il avait par conséquent une certaine responsabilité et pas mal de soucis, nous aurons réuni tout un faisceau des principales causes qui peuvent influencer défavorablement l'évolution de la syphilis.

Il semblerait donc que nous avons suffisamment expli-

qué pourquoi le cas qui nous occupe fut particulièrement grave et cependant n'y a-t-il pas autre chose dans cette infection maligne que le terrain ? Ne doit-on pas faire jouer un rôle à l'essence propre de l'affection, à la qualité particulière du virus. Une maladie quelconque est grave parce que le terrain sur lequel elle évolue s'y prête, mais elle est grave aussi par la virulence plus grande de l'agent infectieux. On voit des syphilis très graves survenir chez des individus jeunes, bien portants, ni lymphatiques, ni scrofuleux, ni alcooliques, ni paludéens, exempts de toute tare héréditaire, suivant une hygiène et un traitement rationnel, en un mot ne réalisant aucune des conditions de terrain affaibli qui aient pu appeler ces formes sévères. Sans doute, comme le dit Jullien : « La sévérité de la maladie dépend surtout de l'élaboration que l'organisme fait subir à la matière virulente ». Sans doute l'adage de Ricord : « Quand on a la vérole il fait bon bien se porter », demeure vrai dans l'immense majorité des cas, et un sujet sain et fort est moins qu'un autre prédisposé aux formes sévères de l'infection. Mais puisqu'on observe ces formes sévères même chez les individus les mieux doués en apparence, ne doit-on pas penser que la qualité de la graine peut jouer quelque rôle ?

Tout praticien a vu des syphilis douées d'une puissance contagieuse exceptionnelle, et le virus semble se transmettre dans son degré. Il y a, comme le dit Fournier, de « mauvaises syphilis d'essence », des syphilis tenaces, rebelles au traitement le plus énergique. De même il y a des syphilis qui naissent et demeurent bénignes sans qu'on puisse l'expliquer autrement qu'en l'attribuant à la maladie elle-même, au génie morbide seul. Mais le pays d'origine et le sujet contaminateur ne sont-ils pas des

facteurs de gravité plus ou moins grande. La syphilis change selon les temps et les pays. « *Nos véroles européennes ne sont que véroloïdes à côté de celles du XVIme siècle* », dit Mauriac. La syphilis à Madagascar est relativement récente, ce qui ne l'empêche pas d'y être grave, au contraire. En 1857, Daullé écrit dans sa thèse : « *A Madagascar les accidents syphilitiques connus depuis un petit nombre d'années ont néanmoins déjà pris un assez grand développement ; leur marche est relativement aiguë et rapide.* » Jullien reconnaît la gravité toute particulière de la syphilis contractée à Madagascar par des Européens qui, dit-il, « ne peuvent s'en guérir surtout quand elle vient se greffer sur un organisme déjà affaibli par les accidents paludéens. » C'est une loi de pathologie générale qui veut que toute maladie qui se montre pour la première fois dans un climat quelconque soit très violente dans ses effets. On connaît assez l'exemple de certaines fièvres éruptives apparaissant dans une région jusque-là indemne. Il doit en être de même pour la syphilis. Notre homme l'avait reçue d'une femme malgache. On peut bien supposer que la virulence de l'agent infectieux s'exalte par le passage dans ces races jusqu'alors indemnes ; et il semble que ces races neuves veuillent nous rendre au centuple ce qu'elles ont reçu de nous. La suractivité du virus, dit Hallopeau, peut aussi s'être produite chez le sujet qui a contaminé. « Que l'on vienne à renouveler le virus en allant le puiser à des sources éloignées, chez des sujets d'une autre race, habitant un autre climat, soumis à une hygiène différente, on verra de suite la maladie reprendre une intensité surprenante », dit le docteur Gauthier dans sa thèse (1863). Il semble donc bien que des races nouvellement infectées puissent transmettre des syphilis parfaitement graves, que nous ne

›yons guère en Europe parce que non seulement nous ›mmes plus ou moins immunisés d'une façon latente, ıais encore parce que depuis son origine parmi nous la ;philis a vu considérablement décroître sa virulence orbide.

En résumé, nous avons d'une part un sujet contaminé ırticulièrement prédisposé, d'autre part un sujet conta-inateur ayant pu transmettre un virus plus violent dans ›s effets. C'est plus qu'il n'en fallait pour réaliser le cas › syphilis que nous avons relaté plus haut.

Nous venons d'étudier à un point de vue général quelles rent les caractéristiques et l'étiologie des accidents syphi-iquès que nous avons observés chez Antoine C... A un ›int de vue plus particulier nous étudierons mainte-ınt, pour insister sur quelques points, les caractères et s causes des accidents tertiaires survenus.

Nous ne reviendrons pas sur le polymorphisme de ces cidents, non plus que sur leur malignité. Nous insis-rons simplement sur la précocité, le caractère insi-eux de ces lésions, et leurs poussées multiples.

L'infection avait commencé par un chancre induré mi-ıne qui préoccupa peu le malade. Les accidents secon-ires se bornèrent à quelques douleurs articulaires qui ıvaient même pas nettement le caractère spécifique, ıne roséole discrète, et à quelques plaques muqueuses la bouche. Ils furent donc particulièrement bénins. ais nous savons que le caractère bénin de la syphilis condaire, comme le dit si justement Mauriac, n'est int une garantie contre le tertiarisme ; bien plus, bservation démontre que la syphilis tertiaire succède plus souvent à des accidents secondaires bénins ou ıtensité moyenne. C'est ainsi que la statistique de ›urnier montre que, sur 2.188 syphilis tertiaires, 1.990

(soit 91 0/0) ont succédé à des accidents secondair légers, très légers, ou même passés inaperçus d malades. Il est vrai que des syphilis secondaires p intenses sont certainement la majorité des cas, et plus ces accidents légers sont si peu de chose que l avariés, après les premières angoisses du début, se rass rent trop et ne se traitent pas assez.

Quoi qu'il en soit, la bénignité de la période secondai dans le cas qui nous occupe n'empêcha nullement tertiarisme de se manifester, et il éclata d'une faç précoce, ce qui est encore une preuve de la malignité l'infection. C'est, en effet, seulement un an et demi apr le chancre que le malade commença à moucher d croûtes et de petits os au milieu d'une sécrétion nasa épaisse et fétide. Et encore cette entrée en scène tertiarisme perçue par le sujet n'a-t-elle pas été précéd d'une période plus ou moins longue de pseudo-cory chronique. On peut donc admettre que les accidents t tiaires ont débuté un an ou un peu plus d'un an apr l'accident primitif. Cette invasion est donc particuliè ment précoce, puisque sur 100 cas de syphilis tertiair n'y en a que 4,2 qui se montrent la première année, ta dis que 11 p. °/₀ font leur apparition dans la troisiè année de la maladie, c'est-à-dire dans l'année qui marq l'apogée de fréquence.

Un autre caractère très net des accidents tertiaires été leur extrême insidiosité. C'est ainsi que le mala a eu le nez effondré, la sous-cloison détruite sans s' apercevoir, pour ainsi dire. C'est ainsi encore que perforations se sont produites au voile palatin et qu' beau jour notre homme s'est aperçu qu'il avait la v nasonnée et que les aliments liquide refluaient dans fosses nasales. De même encore la luette s'est élimi

-sensiblement. C'est d'ailleurs l'histoire de presque ›utes les perforations palatines, comme on pourra s'en ›nvaincre en lisant les belles observations de Fournier de Dieulafoy, et ces faits sont assez connus pour que ›us ne croyions pas devoir y insister davantage.

Enfin notre sujet, et ce n'est pas là le point le moins ırieux de son histoire, a fait plusieurs poussées de syphis tertiaire. La première eut lieu, nous l'avons dit, un an demi après le chancre, et elle affecta la bouche, le nez et face. Deux ans après, nouvelle poussée qui se manifeste ır une angine syphilitique et pour laquelle il est traité l'hôpital de Tamatave. Il quitte Madagascar et un mois ›rès son arrivée en France, après une traversée pénible ›nt l'influence doit entrer en ligne de cause, et peut-être ıssi sous l'influence d'un climat plus froid, troisième ›ussée particulièrement grave qui motiva son entrée à ıôpital de Nimes après des pérégrinations nombreuses travers d'autres villes. Enfin, au début de février 1907, ıatrième poussée qui affecte les poumons et les reins, qui se produit en plein traitement, en pleine période mercurialisation pour ainsi dire. Voilà donc quatre ›ussées successives et qui sait si le sujet n'en fera pas autres. Ces quatre atteintes sont certainement en rapport avec le degré de virulence de la maladie. Or on ›serve couramment deux poussées, trois poussées de rtiarisme, mais les quatrièmes poussées sont infiniment lus rares. Fournier n'en compte que 21 sur 637 cas xaminés. C'était donc, comme on le voit, un point intéssant à relever.

Nous avons étudié plus haut les causes générales de cas de syphilis. Nous devons y revenir encore mais lus rapidement pour expliquer leur influence dans le cas articulier des accidents tertiaires. Nous avons assez

insisté sur l'influence de l'alcool et du paludisme pour qu'il soit inutile d'en parler encore. Disons seulement que, si l'alcool prédispose singulièrement l'organisme à un point de vue général, son influence nocive s'est exercée plus particulièrement ici en produisant une irritation locale qui, ajoutée à celle du tabac, doit entrer en ligne de compte dans l'étiologie des lésions buccales observées. Ajoutons encore que le paludisme, sans qu'on sache au juste pourquoi, paraît singulièrement favoriser l'éclosion de syphilides ulcéreuses à tendances extensives.

Une autre cause dont nous n'avons pas encore parlé nous retiendra plus longtemps. Elle nous explique bien comment et pourquoi le tertiarisme a pu apparaître si rapidement et d'une façon aussi intense. Nous voulons parler de l'insuffisance du traitement dès le début. C'est qu'en effet, parmi les causes du tertiarisme, c'est la cause la plus générale, la plus influente, celle que Fournier n'hésite pas à appeler la « grande cause du tertiarisme ». D'une part, dans bien des cas elle est la seule cause à invoquer comme étiologie du tertiarisme. D'autre part, le tertiarisme est fréquent chez ceux qui ne se sont pas traités ou qui se sont traités d'une façon notoirement insuffisante au début de la diathèse.

Enfin, la proposition inverse est incontestable. S'il est vrai que le tertiarisme survient parfois chez des sujets qui ont subi un traitement rationnel et même énergique, ce fait est une rareté, et on peut affirmer avec le professeur Fournier « *qu'un traitement méthodique et prolongé constitue une sauvegarde contre la syphilis tertiaire pour la très grande majorité des cas.* » Sur 2.396 cas de tertiarisme, d'après le professeur Fournier, on trouve 19.. cas d'absence absolue de tout traitement, 199 cas de traitement mercuriel inférieur comme durée à trois mois

399 cas de traitement mercuriel inférieur comme durée à six mois et 594 cas de traitement ayant duré moins d'un an. Soit au total un groupe de 1.878 cas où le traitement a été nul ou insuffisant.

Sur 100 cas de tertiarisme, Fournier en compte 78 ayant subi un traitement nul ou très incomplet, 19 ayant subi un traitement moyen, et 3 tout au plus ayant subi un traitement vraiment sérieux. On voit donc que la question de traitement est capitale dans l'étiologie des syphilis tertiaires, et que traiter la vérole par le mépris n'est certes pas une méthode thérapeutique à recommander. Or, dans le cas qui nous occupe, le traitement fut notoirement insuffisant puisqu'il se borna à l'ingestion totale d'un litre de liqueur de Van Swieten pendant un mois, et à quelques grammes d'iodure pendant le mois suivant. Au moment de l'apparition des accidents tertiaires, notre malade prit encore pendant un mois de la liqueur de Van Swieten et quelques pilules de protoiodure de mercure. C'est bien peu comme on le voit ; autant vaut dire que le traitement fut nul. Notons aussi l'absence complète de méthode puisque le malade, au moment de ses accidents secondaires, prit au petit bonheur, tantôt du mercure, tantôt de l'iodure, et de temps à autre des purgatifs.

Nous en avons terminé avec cette longue étude étiologique. Nous pouvons la résumer ainsi en quelques mots : syphilis tertiaire maligne, polymorphe, à poussées multiples, chez un paludéen alcoolique et traité d'une façon complètement insuffisante.

CHAPITRE III

Ce chapitre est réservé tout entier à l'étude des lésions que nous avons pu observer chez notre malade. Dans une première partie nous étudions les lésions tertiaires du nez et de la bouche, sans nous y étendre trop longuement, puisqu'elles se sont produites avant l'entrée à l'hôpital et qu'elles échappent par cela même dans une certaine mesure à notre contrôle.

Dans une seconde partie nous insisterons davantage sur les lésions croûteuses de la face, et surtout sur les lésions viscérales, dont nous avons été à même de suivre pas à pas l'évolution.

« La vérole aime le nez », a dit Ricord. Notre malade a fait la dure expérience de la vérité de cet axiome. Après un début semblable à un coryza rebelle, la sécrétion nasale est devenue plus épaisse, fétide, et le sujet a commencé à éliminer des croûtes et de petits os. La syphilis des fosses nasales est à ce point fréquente dans le tertiarisme que nous n'aurions pas songé à en parler si elle ne s'était fait remarquer chez notre individu par plusieurs points particuliers. Et d'abord le début a été exceptionnellement précoce, puisqu'il s'est produit un an et demi après le chancre. Or on sait que cet accident tertiaire est

ordinairement un accident de vérole mûre, voire de vérole vieillie.

La date moyenne de son apparition est d'environ huit ans et demi après le chancre, d'après les relevés de Mauriac. Dans la majorité des cas, c'est entre la cinquième et la vingtième année qu'apparaît la syphilose nasale, pour le professeur Fournier. Outre cette précocité remarquable des lésions tertiaires du nez, il y a encore quelques points intéressants à signaler. La syphilose nasale ne va pas habituellement sans quelques phénomènes douloureux. Ici indolence complète et insidiosité extrême, à tel point que le malade s'est à peine soigné de cet accident, ignorant qu'il dût aboutir à des conséquences aussi funestes. Cette indolence plus ou moins complète est d'ailleurs connue depuis longtemps, puisque nous la trouvons déjà signalée dans le livre de Lagneau (Exposé des symptômes de la maladie vénérienne, 1818).

Les localisations ont été également assez particulières. Ainsi les os propres du nez ont été détruits, mais en majeure partie du côté gauche, de sorte que la base du nez était affaissée seulement du côté gauche. Notre malade a présenté en outre une gomme de l'aile gauche du nez, et cette aile gauche a été détruite en partie. Or nous savons que les gommes de l'aile du nez sont peut-être les plus rares de toutes les gommes nasales. Enfin notre malade a présenté encore une autre rareté, c'est la destruction totale de la sous-cloison, de sorte que les narines ne formaient plus qu'un orifice béant.

Les accidents tertiaires du voile du palais, qui sont un accident de vérole, mûre d'après Mauriac, se sont montrés ici d'une façon précoce puisqu'ils ont coïncidé avec la destruction d'une partie du nez. Ils se sont produits du reste de la façon la plus classique, évoluant insidieusement et

sans douleur jusqu'au jour où le malade s'est aperçu qu'il avait la voix nasonné et que les aliments liquides refluaient dans les fosses nasales.

Un seul point est à signaler ici : c'est que d'après le malade il y a eu plusieurs perforations au début, et ces perforations se sont agrandies jusqu'à arriver au contact les unes des autres. On comprend d'après cela que la luette ait pu être éliminée et surtout qu'il y ait eu une destruction si vaste du voile palatin. Cette perte de substance était vaste, en effet, et elle produisait des troubles pénibles de la déglutition et de la phonation surtout : la parole était difficilement intelligible si le malade voulait parler vite, et elle s'accompagnait très nettement du souffle nasal en écho, indice d'une large brèche faisant communiquer la bouche et les fosses nasales. On peut supposer que les premières perforations se sont agrandies peu à peu, ou ont confluées au moment où le malade a eu une angine spécifique qui représenterait une nouvelle atteinte du voile. Lorsque le malade est venu à l'hôpital, la cicatrisation était parfaite et rien de nouveau ne s'est produit. Nous n'y insisterons pas davantage pour passer de suite à la deuxième partie de notre chapitre, celle où nous étudions les lésions que nous avons vu évoluer sous nos yeux.

Nous savons déjà (voir plus haut l'observation) que le malade a été affecté de lésions cutanées faciales qui ont débuté à peu près à la même époque que les lésions nasales et palatines. Nous avons vu aussi qu'elles se caractérisaient par des croûtes épaisses, de dimensions variables, de surface irrégulière, tourmentée, de couleur jaune, jaune-verdâtre, recouvrant des ulcérations à bords nets, adhérents, à fond rouge suintant ou bourgeonnant par places, et que, par conséquent, il s'agissait de la forme commune des syphilides tertiaires tuberculo-ulcéreuses.

Cette forme est fréquente à Madagascar où elle se caractérise, d'après nombre de médecins militaires qui ont pu les observer directement, par sa tendance extensive et ulcéreuse et par sa ténacité. Ces caractères, nous les avons observés chez notre malade. Les lésions étaient à tendance extensive et s'aggravaient rapidement en l'absence de traitement, ou bien restaient stationnaires avec un traitement peu énergique, ainsi que nous l'avons noté au moment où, effrayé par l'albuminurie croissante, nous avons soumis le sujet au traitement par le tannate de mercure en pilules. Elles étaient tenaces puisqu'elles ont débuté vers 1903 ou 1904, présentant des alternatives d'amélioration et d'aggravation pour ne guérir qu'en 1907, sous l'influence d'un traitement méthodique et prolongé. Au début, il n'était pas étonnant que la lésion fût rebelle puisqu'elle n'était pas traitée, et si nous insistons sur sa ténacité, ce n'est qu'en la considérant pendant le séjour du malade à l'hôpital où il a fallu cinq mois de traitement pour en venir à bout.

Nous passerons rapidement sur l'état du foie et de la rate qui étaient congestionnés et légèrement douloureux. Bien que le malade ait présenté des altérations du rein, et que certains auteurs considèrent cette coexistence comme caractéristique de syphilose, nous n'oublierons pas que le sujet était paludéen et que par conséquent ces lésions peuvent être rattachées aussi bien au paludisme et mieux qu'à toute autre affection. Les troubles produits du côté de ces organes ont été d'ailleurs essentiellement vagues et indéterminés. Nous avons vu aussi que le système nerveux, une des victimes favorites du tertiarisme, est resté indemne, ce qui est assez rare chez un homme travaillant surtout intellectuellement et de plus

alcoolique. Au reste, rien ne prouve que le sujet en ait fini de ses démêlés avec la syphilis.

Nous arriverons maintenant, pour nous y étendre plus longuement, aux lésions pulmonaires. Nous avons vu dans l'observation que le malade toussait et crachait depuis assez longtemps déjà. Au moment où nous l'avons examiné (9 février 1907), nous avons trouvé les signes d'une lésion tuberculeuse en voie de ramollissement au niveau de la partie moyenne du poumon droit, en arrière. Quelques jours après est apparu un souffle cavitaire, intense, rude, s'entendant aux deux temps. Ce souffle a persisté une vingtaine de jours, avec des variations successives dans son intensité. Il a laissé à sa place quelques râles. Enfin tout symptôme avait à peu près disparu, ainsi que la toux et l'expectoration, vers la fin du mois de mars.

De l'examen minutieux des symptômes, et de l'évolution morbide de ces lésions, nous croyons pouvoir conclure à la syphilis pulmonaire simulant la tuberculose chronique vulgaire. Nous n'ignorons pas combien est rare la syphilis pulmonaire si on la compare à la fréquence de la tuberculose. Le diagnostic de bacillose était donc plus vraisemblable que celui de syphilose du poumon. C'est d'ailleurs le diagnostic qui avait été posé par plusieurs de nos camarades internes et par un médecin de l'hôpital. Mais nous, qui, non seulement avons assisté à la formation de la caverne, mais qui encore avons pu en suivre chaque jour l'évolution, nous croyons pouvoir affirmer que c'est bien à la syphilis du poumon que nous avons eu affaire. Nous allons essayer d'établir et de prouver ce diagnostic.

Le diagnostic de syphilose pulmonaire est particulièrement difficile parce qu'il n'est pas un symptôme de cette maladie qu'on ne puisse rattacher à une autre affection. Déjà, en 1854, le docteur Yvaren dans son ouvrage « des

métamorphoses de la syphilis », écrit ceci : « De tous les organes à parenchyme, le poumon est celui qui prête le plus souvent aux lésions syphilitiques le masque de ses symptômes morbides. » Cette difficulté du diagnostic est encore augmentée par ce fait qu'on n'y pense pas assez, et que devant un malade présentant des signes de ramollissement du poumon avec un état général mauvais, crachant et toussant depuis un certain temps déjà, on est surtout porté à songer à la tuberculose pulmonaire. On juge le malade tuberculeux, on le traite comme tel et on le laisse mourir comme tel, alors qu'on aurait eu grande chance de le sauver si la nature du mal avait été comprise, dit le professeur Fournier. Mais, malgré cette difficulté, nombre de faits peuvent nous amener à faire le diagnostic. Et ce diagnostic, nous les baserons sur cinq points principaux :

1° Coexistence d'autres lésions syphilitiques ;

2° Absence du bacille tuberculeux dans les crachats ;

3° Caractères et localisations des lésions ;

4° Troubles généraux et locaux.

5° Evolution morbide et influence du traitement.

La coexistence d'une autre lésion syphilitique avec les signes pulmonaires est d'une importance capitale. Il faudra toujours y songer, et s'enquérir de la syphilis par tous les moyens. Il suffit de lire les observations de Dieulafoy, de Fournier, de Panas, pour se convaincre de l'importance particulière de cette question. Que voit-on en effet dans ces observations ?

Des sujets présentant tous les symptômes d'une tuberculose plus ou moins avancée, et chez lesquels les lésions évoluent et s'aggravent malgré le traitement que l'on croit approprié. On découvre alors, soit par hasard, soit par enquête minutieuse, que ces malades sont des syphilitiques et on les soigne comme tels. Résultat : guérison

inespérée. Ou bien ce sont des malades qui entrent à l'hôpital pour une lésion syphilitique quelconque coexistant avec un état de phtisie avancée. Le traitement mercuriel guérit non seulement leurs lésions spécifiques, mais encore guérit complètement ce qu'on croyait être de la bacillose au dernier degré. Il en fut ainsi pour la malade de Fournier qui entrait à l'hôpital pour un ulcère phagédénique du pied et que le mercure guérit à la fois de son ulcère et de sa phtisie spécifique. Il en fut de même pour le malade de Panas, qui présentait des gommes syphilitiques de l'œil et du poumon. Or, dans notre cas, la notion de spécificité était indiscutable, et chez ce malade tout pouvait être rapporté à la vérole. Voilà donc un premier point acquis.

L'absence des bacilles tuberculeux dans l'expectoration est également un signe d'une très grande valeur. Si toutes les fois qu'on trouve des bacilles de Koch on peut conclure à la tuberculose pulmonaire, la proposition inverse n'est pas toujours vraie, et l'absence de bacilles n'implique pas pour cela une certitude absolue de non-tuberculose. Toutefois, lorsque l'examen a été répété plusieurs fois, qu'il est négatif, et qu'il s'agit de lésions au dernier degré, on peut presque écarter avec certitude l'hypothèse de bacillose. « Chez tout homme réputé tuberculeux, dit le Dr Ed. Fournier, l'absence de bacilles dans les crachats doit faire songer à la syphilis pulmonaire. » Chez notre sujet, l'examen des crachats a été fait trois fois selon la méthode de Ziehl-Nelsen ; trois fois cet examen est resté négatif. Voilà donc un second signe de la plus haute valeur diagnostique.

Les caractères et la localisation des lésions ont une valeur moindre pour le diagnostic : mais ces signes ajoutés aux autres sont une présomption de plus en faveur de la

spécificité de ces lésions internes. On sait qu'elles sont plus souvent unilatérales, mais la tuberculose peut aussi au début n'affecter qu'un poumon, de même que la syphilis peut s'attaquer aux deux.

Bien supérieur est le caractère tiré de la délimitation nette des lésions, car la vérole attaque un îlot de quelques centimètres carrés, au sein d'un poumon indemne, tandis que la tuberculose s'étend sur une plus grande surface. Enfin et surtout, la tuberculose a une prédilection pour les sommets, que ne présente pas la syphilis, laquelle a une préférence marquée pour la partie moyenne du poumon et surtout du poumon droit. Eh bien ! tous ces signes, unilatéralité, délimitation plus nette, siège au voisinage du hile, nous les avons trouvés et décrits chez notre malade.

Les symptômes fonctionnels sont la dyspnée plutôt faible en général, comme chez notre sujet, des hémoptysies très peu abondantes, une toux fréquente et pénible, et une expectoration qui le plus souvent n'a rien de caractéristique. Tous ces signes sont communs aux deux affections. Les symptômes locaux tirés de l'examen ne se différencient en rien de ceux de la bacillose. Quant aux symptômes généraux, s'ils sont ordinairement plus graves chez les tuberculeux, ils peuvent être graves aussi chez les syphilitiques et c'était le cas pour notre malade, qui présentait il est vrai d'autres localisations tertiaires pouvant engendrer un état général aussi mauvais.

Enfin, l'évolution morbide des lésions pourra mettre sur la voie du diagnostic. L'évolution de la tuberculose arrivée au stade des cavernes est généralement rapide. Celle de la syphilis pulmonaire, ordinairement plus lente, peut être également rapide, mais en évoluant vers la guérison, si la nature des lésions découvertes a permis un

traitement méthodique et rationnel. Le traitement a, en effet, une valeur diagnostique considérable, et on peut dire qu'il est la pierre de touche du diagnostic. Or, chez notre malade arrivé à la phase des cavernes, nous avons eu une amélioration nette et prompte par l'emploi des injections de benzoate de mercure.

Nous pensons donc ne nous avancer pas trop en déclarant que notre homme a été atteint d'une syphilose pulmonaire simulant la tuberculose chronique des poumons. Toutefois, quelques autres affections auraient pu égarer notre diagnostic, et nous devons ajouter quelques mots de diagnostic différentiel. Ce que nous venons de dire nous dispensera de revenir sur la différenciation de la phtisie avec la syphilis pulmonaire.

Les abcès du poumon peuvent donner des signes stéthoscopiques qui parfois donneront le change. Mais, outre qu'ils sont très rares, leur évolution est plus rapide, leurs antécédents bien différents, et l'expectoration présente un caractère franchement purulent.

L'ectasie bronchique se différenciera par une expectoration plus abondante, et de caractère spécial. En outre le traitement mercuriel qui a guéri notre malade n'aurait pas produit de tels résultats, s'il s'était agi d'une dilatation des bronches.

Le kyste hydatique du poumon ne pouvait guère être mis en cause. Il siège plutôt au lobe inférieur. Il supprime là où il existe tout murmure respiratoire, et d'ailleurs l'examen de l'expectoration n'a jamais rien donné qui pût ressembler à des crochets d'échinocoque.

Le cancer du poumon présente une expectoration gelée de groseille caractéristique. Il s'accompagne d'une adénopathie constante, et il évolue rapidement vers la cachexie et la mort.

Restent les affections inflammatoires vulgaires de l'appareil broncho-pulmonaire, comme la pneumonie, par exemple, qui est fréquente chez le syphilitique. Mais chez notre sujet le souffle était nettement caverneux, la dyspnée faible, le point de côté nul, l'expectoration non rouillée, et la fièvre peu élevée que nous avons observée peut bien être rapportée à l'état général très mauvais où il se trouvait. Nous n'insisterons pas davantage sur cette question de diagnostic qui nous paraît tranchée maintenant.

Il semblait qu'avec cette syphilose pulmonaire notre homme en aurait fini avec la terrible infection, d'autant que parmi toutes les déterminations viscérales du tertiarisme, il n'en est pas, dit M. Mauriac, qui se développe à une époque plus reculée que la syphilis du poumon. Il n'en fut rien toutefois, et le malheureux qui avait déjà subi tant de dommages de la part de la syphilis fut atteint de nouveau vers la fin de février 1907. C'est le système rénal qui cette fois fut touché.

Quand nous assignons comme début la date des premiers jours de février, nous voulons parler du début visible pour nous, puisqu'à ce moment une analyse d'urines a démontré une proportion de 1 gr. 50 d'albumine par litre. Mais il est fort possible que le début remonte plus loin, puisque avant cette analyse nous avions déjà constaté quelques signes qui militeraient en faveur de cette présomption : œdème périmalléolaire fugace (il est vrai que cet œdème existe aussi dans le paludisme), obscurité respiratoire aux bases, un peu d'hypertension au cœur, urines abondantes et pâles ; en revanche aucun des petits signes du brightisme. Ce n'est que vers le 25 février qu'une analyse complète d'urines est venue nous montrer qu'il y avait non seulement albuminurie, mais encore que

le filtre rénal était touché dans son fonctionnement intime.

Que nous enseigne donc cette analyse d'urines ? Nous voyons tout d'abord que la quantité émise en 24 heures est notablement supérieure à la moyenne. L'albumine éliminée atteint le chiffre considérable de 5 grammes par litre. L'urée n'est que de 9 grammes par litre, soit pour le total de 24 heures 16 gr. 65, chiffre très inférieur à la normale. Les chiffres de l'acide urique et de l'acide phosphorique sont légèrement au-dessous de la moyenne. Les chorures sont normaux ou même légèrement augmentés. Il n'y a ni sucre, ni éléments de la bile, ni pus, ni sang. Quelles conclusions tirer de cet état de choses ? Il est évident que la dépuration rénale est légèrement insuffisante, et que nous sommes en présence d'une néphrite chronique de nature probablement complexe. Quelle a été la forme anatomique de cette néphrite ? C'est une question qu'il nous a été impossible de résoudre avec les seules données exposées ci-dessus, puisque dans la majorité des cas un diagnostic de ce genre ne se fait que sur la table d'autopsie.

Toutefois, les éléments de l'urine analysés ci-dessus semblent montrer qu'il s'agit d'une néphrite chronique avec, sans doute, atrophie partielle du rein.

Les chlorures, il est vrai, étaient normaux, et c'est à cette absence de rétention chlorurée que nous devons l'absence presque totale d'œdèmes que nous avons signalée. D'ailleurs cette absence d'œdèmes est assez fréquente au cours des néphrites syphilitiques.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la forme anatomique réalisée, un fait demeure certain, c'est qu'il y a eu un trouble indéniable dans le fonctionnement du rein. A quelle origine devons-nous le rapporter et quelle était sa vraie origine ? Voilà une question bien difficile à résoudre.

A l'heure actuelle on se demande encore si la syphilis peut à elle seule créer des néphrites, ou bien si elle n'est qu'une cause adjuvante des autres causes habituelles. S'il est des cas où on ne puisse incriminer que la syphilis comme cause, il en est bien d'autres aussi où l'étiologie reste obscure. Dans le cas qui nous occupe, la nature est sans doute complexe. Nous avons en effet affaire à un alcoolique, paludéen et syphilitique.

Or toutes ces causes peuvent produire des troubles dans le fonctionnement du rein. Il est probable que la nature de la néphrite, par nous observée, est complexe et qu'elle doit se rattacher à ses différentes causes énumérées. En tout cas nous pouvons affirmer une chose, c'est que la syphilis a été pour une part, et pour une grande part sans doute, dans l'étiologie de cette néphrite. Et d'abord, toutes les fois qu'on observe des symptômes de fonctionnement rénal insuffisant chez un syphilitique, on doit penser que la syphilis peut être en cause.

Il n'est pas étonnant que les reins qui éliminent tant de poisons soient lésés parfois par les toxines de la syphilis ; et peut-être si on observe une immunité rénale si fréquente, c'est qu'on ne pratique pas toujours d'une façon suffisante et répétée l'analyse des urines chez les vérolés. On peut même aller plus loin et affirmer que beaucoup de néphrites d'étiologie obscure sont en réalité causées par la syphilis.

En tout cas, la notion de syphilis est un bon signe de présomption en faveur de l'origine spécifique de toute néphrite, et en particulier chez notre sujet. Mais il est un fait plus important encore sur lequel nous baserons notre diagnostic étiologique. Nous voulons parler de l'action curative nette du traitement. Nous ne parlerons pas du

régime lacté qui n'a pu être supporté assez longtemps, ni d'une façon assez suivie pour avoir eu la moindre influence favorable.

Nous ne parlerons que du traitement spécifique, qui, sans l'adjuvant du régime lacté, a amélioré considérablement notre malade. La polyurie a baissé, et le taux de l'urée s'est relevé assez rapidement. L'albuminurie, qui était de 13 grammes au 15 mars, n'était plus que de 2 gr. 50 dans le courant du mois d'avril, et tombait à 50 centigrammes dans les mois de juillet et août. Donc le traitement, et ajoutons le traitement mercuriel seul, puisque l'iodure n'était pas supporté, a amené une amélioration des plus remarquables. L'épreuve contraire a d'ailleurs été tentée involontairement. Nous avons vu qu'au 25 février il y avait déjà 5 grammes d'albumine. Cette quantité déjà très forte d'albumine tendait à s'accroître.

Pensant alors que le mercure aggravait cette albuminurie, nous l'avons supprimé entièrement, et pendant 20 jours le malade a été sevré de tout traitement. Le résulta a été le suivant : au 15 mars la quantité d'albumine étai montée jusqu'à 13 grammes. Nous reprenons alors le trai tement mercuriel à doses quotidiennes faibles, et dès l 3 avril nous n'avons plus que 2 gr. 50 d'albumine. Il nou paraît donc hors de doute que c'était bien la syphilis qu était dans ce cas la grande cause de la néphrite obser vée. Non pas que nous voulions attribuer à la syphili seule ces méfaits du côté des reins. Il est certain que le antécédents du malade doivent entrer en ligne de compt dans l'étiologie de ces troubles ; mais ils n'ont pas ét certainement les causes déterminantes. En résumé, nou croyons pouvoir conclure que, chez notre sujet, l'alcoo

lisme et le paludisme avaient déjà lésé le rein d'une façon pour ainsi dire latente, que le rein était de ce fait même « un locus minoris resistantiæ » sur lequel est venu se greffer la syphilis pour y exercer ses ravages.

CHAPITRE IV

Nous avons réservé ce chapitre qui termine notre modeste travail au traitement employé et aux résultats obtenus. Nous n'avons pas la prétention de vouloir ajouter quelque chose à la thérapeutique de la syphilis, thérapeutique qui est si bien et si minutieusement réglée aujourd'hui.

Nous voulons tout simplement relater et souligner quelques particularités notées au cours de notre traitement.

Devant les accidents si graves que nous avons signalés, la première indication était celle d'un traitement méthodique et énergique. Nous avons rempli cette indication par l'emploi des injections solubles de benzoate de mercure pratiquées chaque jour à la dose de 2 centigrammes. Très régulièrement notre malade a reçu ses séries de 20 injections, que l'on faisait suivre d'un repos de 10 jours. Nous nous sommes toujours loué de l'emploi de cette méthode qui n'est pas douloureuse, qui est rigoureusement dosée, et d'un emploi vraiment commode dans les services hospitaliers. Au moment où notre sujet était dans un état presque cachectique nous avons aussi employé avec succès les injections de biiodure d'hydrargyre cacodylé

selon la formule préconisée par le regretté professeur Brousse, de Montpellier.

Nous n'avons pas non plus négligé tous les adjuvants du mercure pour traiter certains symptômes observés. Disons seulement que ces adjuvants ne se sont jamais montrés bien efficaces. C'est ainsi que l'action des révulsifs, et de la codéine, dans la pneumopathie tertiaire de notre malade, a été bien faible sinon nulle, et c'est au mercure seul, croyons-nous, que le sujet a dû sa guérison.

De même au moment des accidents du côté de l'appareil rénal nous avons institué le régime lacté qui malheureusement n'a pu être continué assez longtemps. Ici encore le mercure seul a fait merveille.

Peut-être, il est vrai, le régime lacté bien suivi aurait pu hâter la guérison, et nous ne pouvons pas conclure de cette expérience que le lait ne puisse être un excellent adjuvant. En tout cas notre expérience dans ce cas montre que le mercure seul peut suffire. Nous sommes d'ailleurs d'accord en cela avec plusieurs auteurs, tels que Lécorché, Talamon et Vives qui ont obtenu de bons résultats dans le traitement des néphrites syphilitiques par l'emploi du mercure seul. C'est aussi l'avis de Dieulafoy, qui juge que si le lait peut être un excellent adjuvant, il n'est pas absolument indispensable.

Une particularité remarquable fut que le traitement par les pilules ne donna jamais de bons résultats. Avant d'entrer à l'hôpital il eut plusieurs fois recours à cette médication, mais sans aucun succès ordinairement. C'est ainsi qu'il prit des pilules de protoiodure de mercure au moment de ses accidents tertiaires. Elles n'amenèrent aucune amélioration. Plus tard, lorsqu'il entra à l'hôpital de Tamatave pour une angine syphilitique, on le traita d'abord

par les pilules de protoiodure qui n'agirent pas, puis par des injections de biiodure qui le soulagèrent rapidement. Dans tous les hôpitaux où le malade a été refusé avant d'arriver à Nîmes, on lui donnait des pilules qui cette fois encore eurent leur insuccès habituel.

Enfin, quand à un moment donné nous avons voulu essayé les pilules de tannate de mercure, toute amélioration a immédiatement cessé, et de plus une gingivite inquiétante s'est déclarée, nous obligeant à suspendre momentanément tout traitement mercuriel. Nous ne voulons pas prétendre par ces exemples que le traitement par les pilules ne peut donner aucun résultat. Nous constatons simplement leurs multiples échecs comparés à la toute puissance des injections solubles, et nous pouvons conclure que la méthode de traitement par les pilules n'est qu'un pis-aller, et que toutes les fois qu'on pourra recourir aux injections il faudra le faire au plus tôt.

Nous avons vu que notre malade était entièrement réfractaire à l'iodure. C'est en vain que nous avons employé quelques-uns de ces multiples succédanés de l'iodure dont dispose la thérapeuthique.

Nous n'avons jamais pu vaincre l'intolérance du malade. Et d'ailleurs, même quand nous avons pu faire accepter le traitement par l'iodure et ses dérivés pendant une semaine, nous n'avons pas noté d'amélioration bien évidente. Au contraire même, les syphilides tertiaires de la face qui sont pourtant si justiciables de l'iodure, loin d'être améliorées par ce médicament, ont été aggravées chaque fois. A chaque prise d'iodure correspondait une nouvelle poussée extensive des lésions cutanées. Y avait-il une idiosyncrasie vis-à-vis de ce médicament? En tout cas, cette susceptibilité particulière ne datait pas de très

longtemps, puisque le malade avait pris de fortes doses d'iodure sans en être incommodé au moment de ses accidents secondaires.

Peut-être — c'est une hypothèse que nous faisons — l'iodure de potassium provoquait chez ce malade des accidents d'iodisme qui se traduisaient par la formation d'iodurides croûteuses, si bien décrites par le professeur Fournier. Or ces iodurides croûteuses bien souvent ne se distinguent en rien des syphilides tertiaires à côté desquelles elles se produisent. Dans notre cas, l'extension des lésions cutanées avait une explosion brusque correspondant à l'ingestion de l'iodure, et de plus, lorsque nous avons dû abandonner complètement cet agent médicamenteux, le mercure seul a suffi pour assurer la guérison.

Il en fut de même par la suite pour toutes les lésions que présenta le malade. Le mercure seul suffit à guérir les lésions pulmonaires, nasales, et à améliorer considérablement celles du rein. On pourra nous objecter que l'ingestion d'iodure, si elle avait été tolérée, aurait peut-être hâté beaucoup la guérison.

C'est fort possible, bien que ce ne soit pas démontré. En tout cas nous avons vu un cas où l'iodure n'a pas été nécessaire pour amener la guérison. Au reste ces cas sont nombreux dans la littérature médicale. Certes, l'iodure est un agent excellent dans certaines formes du tertiarisme, principalement dans toutes les affections syphilitiques du système circulatoire, car il demeure le spécifique des lésions vasculaires ; il nettoie et élargit les artères et s'applique à toutes les formes d'artérite subaiguë et chronique. Mais l'expérience prouve qu'il n'est pas par lui-même le spécifique du tertiarisme.

Le vrai spécifique de la syphilis, c'est le mercure à toutes

les périodes. C'est l'opinion qui se dégage de l'étude de maintes observations, et de nombreux auteurs et des plus autorisés considèrent actuellement l'iodure comme devant presque toujours passer au second plan. Fournier déclare qu'il se consolerait bien plus facilement de la perte de l'iodure que de celle du mercure, si un de ces agents devait manquer un jour à la thérapeutique. Le professeur Brault (d'Alger) écrit dans la *Revue générale des sciences :*

« Dans les accidents tertiaires nous avons parfois trouvé en lui (l'iodure) un auxiliaire précieux, mais toutes les fois que le mercure en injections a pu être supporté, nous avons eu des succès beaucoup plus marqués et beaucoup plus rapides. » L'opinion analogue du professeur Dieulafoy vaut d'être citée toute entière, bien que peut-être exagérée :

« Autrefois je donnais de l'iodure de potassium, je le donnais même à doses très élevées, avec l'idée que l'iodure est bien supérieur au mercure dans les syphilis tertiaires. Peu à peu, avec l'expérience, je me suis dégagé de cette opinion avec laquelle j'avais été élevé. Plus je vais et moins je prescris l'iodure de potassium. Les remarquables guérisons de syphilis tertiaires, dont j'ai rapporté les observations dans mes cliniques de l'Hôtel-Dieu et dans ce Manuel de pathologie, ont été obtenues le plus souvent par le mercure seul, sans iodure. C'est avec les injections mercurielles sans iodure de potassium que nous avons guéri un ancien ulcère syphilitique de l'estomac, des névralgies invétérées du nerf trijumeau et du nerf sciatique, une série de gommes ulcérées ou non ulcérées de la langue, des ulcérations tertiaires des membres, des lésions syphilitiques tertiaires osseuses, pulmonaires, oculaires, etc... »

Nous avons cité toutes ces opinions parce qu'elles corro-

borent l'opinion que nous nous sommes formée de par l'expérience acquise dans le cas qui fait le sujet de notre observation et dans bien d'autres cas observés dans le même service. Un mot maintenant des résultats obtenus.

Notre malade est sorti guéri de l'hôpital, guéri tout au moins de ses accidents actuels, menaçants, disons-nous, car nous savons combien la syphilis est d'essence rebelle, tenace et récidivante. La guérison était-elle complète ?

Certes le malade est sorti avec 50 centigr. d'albumine. Mais nous pouvons considérer ce résultat comme le maximum de ce que l'on pouvait obtenir. Les accidents tertiaires sont essentiellement parenchymateux, désorganisateurs, intéressant les tissus dans leur profondeur, leur intimité. Ils créent des lésions souvent irréparables, et dans le cas qui nous occupe, si le mercure a fait merveille, il ne pouvait guère restaurer complètement un rein plus ou moins atrophié, plus ou moins vicié dans son rôle, plus ou moins perdu pour la fonction.

Il nous a été impossible d'avoir des nouvelles de notre malade et de savoir si la guérison obtenu se maintenait. Aussi arrêtons-nous là cette étude que nous aurions pu intituler :

«*Histoire d'un cas de syphilis très grave guérie par le mercure seul.*

CONCLUSIONS

Quelles conclusions devons-nous tirer de notre modeste travail ? Certes, nous ne nous dissimulons pas qu'il n'est guère logique de vouloir tirer des conclusions générales d'un cas particulier. Cependant, dans tout le cours de notre étude, nous nous sommes efforcé d'envisager la question à un point de vue général à propos de chaque point particulier, et d'apporter notre faible contingent de preuves à l'appui de faits déjà établis par d'autres. Aussi bien donnons-nous ces conclusions pour ce qu'elles valent, c'est-à-dire parce qu'elles corroborent dans une certaine mesure les conclusions tirées d'études plus compétentes que la nôtre :

I. — La malignité de la syphilis tertiaire s'explique par l'état de moindre résistance du terrain, et cet état de faiblesse constitutionnelle vis-à-vis de l'infection est causée par plusieurs facteurs : mauvaise hygiène, alcoolisme, paludisme, traitement insuffisant au début de la maladie ;

II. — Elle peut encore s'expliquer dans certains cas par la virulence plus grande de l'agent infectieux, et cette suractivité du virus peut être en rapport avec le pays d'origine de la maladie et la race du sujet qui a contaminé (syphilis exotiques).

III. — Le caractère bénin des accidents secondaires n'est une garantie ni contre le tertiarisme ni contre sa malignité, et cette malignité se traduit par la précocité des lésions, leur polymorphisme, leur ténacité remarquable et leurs poussées multiples.

IV. — Le diagnostic des viscéropathies tertiaires est toujours difficile, et dans bien des cas ne peut se baser que sur l'action curative, nette du traitement antisyphilitique.

V. — Il n'est guère de cas absolument désespérés en fait de syphilis tertiaire. Le traitement mercuriel bien conduit peut presque toujours en venir à bout. Les adjuvants du mercure destinés à combattre certains symptômes peuvent être utiles sans être nécessaires. L'iodure de potassium, si souvent efficace, n'est pas toujours indispensable, et doit, dans l'immense majorité des cas, ne passer qu'au second plan.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arvozan. — Manuel de thérapeutique, 1907.

Balzer. — Syphilis du rein, *in* Fournier, t. II, fascicule 2, p. 593.

Bernoud. — De la syphilis tertiaire dans les fosses nasales (Thèse de Lyon, 1898).

Brault. — La syphilis chez les Arabes, *in* Revue générale des sciences.

Bouchard et Brissaud. — Traité de médecine, t. X, p. 417.

Bourdieu. — Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire (Thèse de Paris, 1896).

Castex. — Syphilis tertiaire du nez et des fosses nasales, *in* Fournier, t. II, facicule 1, p. 374.

Collet. — Manuel de pathologie interne, t. II, p. 5 et 174.

Daullé. — Cinq années d'observation médicale dans les établissements de Madagascar (Thèse de Paris, 1857).

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne, t. I, p. 15 et 426 ; t. II, p. 183 ; t. III, p. 192 ; t. IV, p. 355 et 841.

— Syphilis du poumon et de la plèvre (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1898, Leçons 18 èt 19).

Fournier. — Traité de la syphilis, t. I (fascicules 1 et 2) ; t. II (fascicules 1 et 2).

Gauthier. — Deux années de pratique médicale à Canton (Thèse de Paris, 1863).

Hallopeau. — Musée de Saint-Louis.

Jaccoud. — Clinique médicale de la Pitié, 1883, p. 314.

Jacquin. — Phtisie syphilitique chez l'adulte (Thèse de Paris, 1884).

Jullien. — Traité pratique des maladies vénériennes, p. 485, 616, 1073.

Lagneau (ancien chirurgien de l'Hôpital des Vénériens, ex-chirurgien-major des grenadiers de la Vieille-Garde). — Exposé des symptômes de la maladie vénérienne, 1818).

Lancereaux. — Traité de la syphilis.

Laveran. — Traité du Paludisme.

Le Dantec. — Manuel de pathologie exotique.

Mauriac. — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire.

Panas. — Gommes syphilitique de l'œil et du poumon, *in* Médecine moderne, 5 février 1891.

Pratique médico-chirurgicale. — Articles nez, voile du palais, poumon, rein, syphilis tertiaire.

Rauzier. — Leçons de thérapeutique pratique, p. 355 (Montpellier, 1907).

Rénon. — Conférences pratiques sur les maladies du cœur et des poumons. Hôpital de la Pitié, p. 276.

Ricord. — Lettres sur la syphilis (Paris, 1863. p. 255).

Yvaren. — Des métamorphoses de la syphilis, 1854.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 3 décembre 1907.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 3 décembre 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
